Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 13. stycznia 1917. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad etyologią, patogenezą i rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy

podał

Antoni Gluziński

(na podstawie wykładu, wygłoszonego na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie w d. 20 lipca 1914 r.).

(Ciąg dalszy).

Przeglądając bowiem wywiady z lat poprzednich, zbierane zatem bez żadnego uprzedzenia, z przypadków bezwątpienia wrzodów żołądka, stwierdzam, że wiele z tych punktów spotykamy przy wrzodzie żołądka, tak n. p., że cierpienie rozpoczyna się od pieczenia, zgagi, a potem bólów raz zaraz po jedzeniu, w innych przypadkach w 2—4 godziny po jedzeniu, że i przy wrzodzie żołądka może być typowy ból głodowy, że wcale lub przez długi okres wymiotów niema i t. d. Jeżeli które punkta wymagają pewnego zastanowienia, to: a) długotrwałość cierpienia, b) peryodyczność objawów.

Wziąłem bez wyboru 24 historyi chorób niewątpliwego wrzodu żołądka, bo stwierdzonego operacyą, i cóż co do trwania objawów wykazały wywiady w tych przypadkach? — Oto, że 18 chorych, a byli to ludzie przeważnie między 30—40 r. życia, datuje swoje cierpienie od $^1/_2$—4 lat, — więc rzeczywiście nie przewlekłe, nie »das ganze Leben lang«, u 6 mamy jednak między 6—12 lat: dwanaście lat cierpi mężczyzna 24 lat liczący, 12 lat kobieta 32 lat licząca; a więc przy wrzodzie żołądka są przypadki długotrwałego cierpienia, czyli, że szczegół ten nie jest znów tak charakterystyczny.

Peryodyczność sprawy, zwalnianie objawów i zaostrzenia, zależne nieraz od zaziębień i pory roku, nie zaznaczają się rzeczywiście tak wybitnie; przy wrzodzie żołądka są zwolnienia, znane nam wszystkim, zależne od leczenia, zwolnienia na dłuższy czas lub i na stałe — ale wogóle p e r y o d y c z n o ś c i niema.

Wyjątków jednak nie brak, które każdy z nas przytoczy, — nie brak też w wywiadach wspomnianych moich przypadków, n. p. mężczyzna 50-letni, który podaje, że przed laty po przeziębieniu dostał pierwszych objawów, że objawy te na lato wolniały, na zimę się zaostrzały, a stałe pogorszenie datuje się dopiero od 2 lat; nie brak przypadków, jakkolwiek ich znacznie mniej, w których ludzie borykają się od 12 lat ze zwolnieniami i zaostrzeniami, jakkolwiek mało co się leczą, ale z reguły peryodyczność tę stałą nie często w wywiadach spotykamy. P e r y o d y c z n o ś ć i d ł u g o t r w a ł o ś ć o b j a w ó w z a t e m, z a l e ż n o ś ć o d p r z e z i ę b i e n i a i p o r y r o k u, to szczegóły które, jeżeli są prawdziwe, zwracałyby rzeczywiście naszą uwagę i wymagają wyjaśnienia. Z góry zaznaczyć należy, że dziwne i trudne do pojęcia, aby za podstawę do rozpoznania brać »długotrwałość cierpienia« i kazać choremu »długo« cierpieć, »das ganze Leben lang«, aby zyskać podstawę rozpoznania. Ale tak ma być, więc rozebrać i zastanowić się nad tem należy.

Gdy zwrócimy n. p. uwagę na wywiady chorego kliniki mojej, mężczyzny, lat 38 liczącego, niewątpliwie cierpiącego na wrzód dwunastnicy, stwierdzony operacyą (gastroenterostomia), a niestety i sekcyą, — a więc przypadku, nie ulegającego co do rozpoznania wątpliwości, to stwierdzamy w wywiadach rzeczywiście szczegóły tak charakterystyczne, skreślone przez Moynihana, że rozpoznanie naprawdę z wywiadów samych się nasuwa.

Przypadek I. Od 17 r. życia rozpoczynają się objawy, polegające na zjawianiu się gniecenia w dołku podsercowym, odbijań i bólu naczczo rano (ból głodowy), z nudnościami a nawet czasem i wymiotami; po 3 tygodniach trwania objawów występuje bolesność pod prawym łukiem żebrowym; po 2 miesiącach objawy się uspokajają, chory może jeść wszystko, jednakże rok w rok przez lata, najczęściej w lutym, zapada na podobne cierpienie. Od $1^1/_2$ roku cierpienie się wzmogło — zjawia się i ból po jedzeniu w 1—$1^1/_2$ godziny, wymioty częstsze, czasem barwy zielonej, chory traci coraz bardziej na wadze, z 80 kg spada na 64 i w tym stanie zgłasza się do kliniki. Badanie treści żołądkowej, zachowania się żołądka promieniami Roentgena, wykrycie śladów krwi w stolcach, zmuszało do rozpoznania wrzodu, wywołującego zwężenie odźwiernika i do oddania chorego do operacyi.

Zapytać się godzi, czy u tego człowieka — u którego niestety sekcya stwierdziła ulcus duodeni chr. circa pylorum, perigastritis et periduodenitis fibrosa adhaesiva, pancreatitis chronica — przed 21 laty wrzód dwunastnicy powstawał w miesiącach zimowych, a goił się w miesiącach letnich? — tak trudne to do pojęcia. Gdyby nawet przyjąć, że początkowo były tylko »nadżerki«, które łatwo się goiły, aż później przed $1^1/_2$ rokiem n. p. powstał typowy wrzód dwunastnicy przewlekły, — to i tak zachodzą warunki jakieś w tym ustroju, które musiałyby usposabiać do tych nawrotów, lub też, że pierwotnie objawy w pierwszych latach odpowiadały innemu jakiemuś stanowi, który usposobił i dał powód do powstania później wrzodu dwunastnicy. Uderza jedna jeszcze okoliczność. W etyologii wrzodu dwunastnicy podniosłem, że w

23·4% powstaje wrzód dwunastnicy w przypadkach ogólnego wyniszczenia, a zwłaszcza w gruźlicy;
17·4% przy zaburzeniach w krążeniu (arteriosclerosis, nephritis i t. d.);
15·1% wśród ciężkich chorób zakaźnych (osteomyelitis, phlegmone i t. d.),

a skargi, opowiadania, objawy, musiały być znów u tych chorych niezawsze takie, aby zwracały szczególniejszą

uwagę, gdy zaledwie w jednym przypadku mówiono o wrzodzie żołądka, bo wystąpił nagły krwotok; że pewną liczbę tych chorych poddawano zabiegom operacyjnym nie koniecznym, takim, jak doszczętnym operacyom wolnych przepuklin, pępkowej, pachwinowej i t. d., czegoby, sądzę, nie czyniono, gdyby były charakterystyczne wywiady, zwracające uwagę na poważne cierpienie; że wreszcie w jednym przypadku mej kliniki z posuniętą gruźlicą, której chory uległ, a u którego rozpoznałem oprócz tego wrzód części odźwiernikowej, a sekcya wykazała wrzód dwunastnicy, wywiady wykazują, że objawy ze strony przewodu pokarmowego trwały zaledwie od $1^1/_2$ roku. Jakże odbijają od tych przypadków wywiady »charakterystyczne«, wywiady i obraz kliniczny wspomnianego n. p. wyżej przypadku!

Szczegóły te nasuwają myśl, którą trzeba się zająć i dalszemi spostrzeżeniami rozjaśnić, a mianowicie, że przypadki z tymi charakterystycznymi wywiadami, z tą przewlekłością cierpienia, ustawaniem i zaostrzeniami, to przypadki inne, niż te, które może się rozwijają na tle skreślonych chorób, które można uważać za pierwotne choroby, a wrzód dwunastnicy za »drugą« chorobę w myśl wywodów Rössla — nic dziwnego też, że w tych drugich przypadkach objawy nie mają tej długości, nie trwają »das ganze Leben lang«, nie mają peryodyczności, że późno się zjawiają i są po części inne.

Obraz anatomiczny i następstwa są w obydwu grupach tesame, a różnica w obrazie klinicznym, trwaniu i t. d. musi leżeć w przyczynie, w patogenezie danego wrzodu, wszystko jedno czy to wrzód żołądka, czy dwunastnicy.

Gdy dobrze rozpatrzymy wybitne przypadki wrzodu dwunastnicy z tymi długimi wywiadami, to znajdziemy w nich często cechy, które uderzyły mnie już przy wrzodzie żołądka, a które opisał z kliniki mojej docent Czernecki, cechy pewne konstytucyonalne, — które zebraliśmy zwłaszcza na 4 osobnikach tej samej rodziny, cierpiących na wrzód żołądka. Pogłębiając tę myśl dalej, obok »status asthenicus« Stielera, lub i bez niego, widzimy cały szereg zboczeń, które trzeba odnieść do »status lymphaticus« nieraz z limfemicznym stanem krwi, że często widzimy u nich cechy wagotonii, jak to zestawił Baumgarten z Altony, do których zaliczyć należy obfite wydzielanie śliny (ślinotok), pocenie się obfite, zwłaszcza w okresach zaostrzenia się sprawy, zwolnienie tętna, szybkie nieraz ruchy jelitowe, objawiające się jako głośne kruczenia, a nawet biegunki, a w obrazie Roentgena szybkie przesuwanie się treści bizmutowej przez jelita obok hypertonicznego żołądka z silnymi ruchami, wreszcie znaczna hypersekrecya soku żołądkowego. Obserwując tych chorych, stwierdzamy u nich obok wagotonii, lub i bez niej, także cechy sympatykotonii — jak wybitna gra naczynioruchowa, od zimnych i spoconych kończyn aż do dermografii; sami ci chorzy zwracają uwagę na zależność ich objawów żołądkowych od zadziałania zimna lub wpływów psychicznych i t. d. Posłuchajmy naprzykład przebiegu własnego cierpienia, opisanego przez wytrawnego lekarza.

Przypadek II. »Mam lat 57. W pierwszym roku życia przebywałem (według opowiadania matki) długotrwały nieżyt jelit. Między 5. a 7. r. życia zimnicę (czwartaczkę). Innych chorób właściwych dla wieku dziecięcego (z wyjątkiem odry) nie przebywałem. Jako chłopiec w 14. roku życia wyglądałem marnie i anemicznie, miewałem częste krwotoki z nosa, czułem się jednak zdrów i silny. Do 24 r. życia nie miewałem wybitniejszych przypadłości żołądkowych. Apetyt był i jest dobry. Stolec regularny. W 26 r. życia, jako medyk, przebyłem dur plamisty. Od tej mniej więcej pory zaczęły występować objawy kwaśności żołądka, objawiające się okresowo zgagą i częstem odbijaniem. Po dwukrotnem przepłukaniu żołądka na klinice prof. Korczyńskiego[1]), bez żadnego zresztą lekowania i zastosowania specyalnej dyety, objawy na parę lat ustąpiły, a przynajmniej znacznie się zmniejszyły. Dopiero około 32 r. życia rozpoczyna się kwaśność silniej i wzmaga się z biegiem czasu do tego stopnia, że tylko czas 1—2 godzin po jedzeniu jest wolny od zgagi i odbijania, na szczycie zaś trawienia i później utrzymuje się kwaśność stale i powoduje obok zgagi i odbijania niepokój w żołądku i jelitach bez wyraźnych bolów lub gniecenia. Nasilenie objawów pojawia się po każdem wzruszeniu, przeciążeniu pracą umysłową lub błędzie dyetetycznym. Od tej pory zacząłem tłumić objawy kwaśności zapomocą środków alkalicznych, jak dwuwęglan sody, magnezya palona, wody alkaliczne i t. d. Początkowo wystarczało zażycie 1—2 łyżeczek sody (in refracta dosi), aby zgagę usunąć, bywały jednak okresy, w których wyżycie 100 gr. sody i kilku łyżeczek magnezyi tylko chwilową sprowadzało ulgę. Już po kwandransie, a nawet kilku minutach, tem silniej występowała zgaga. Zauważyłem przytem, że leżenie i spokój umysłowy wpływały korzystnie na zmniejszenie zgagi. Z leków działających uspokajająco używałem najczęściej przetworów wilczej jagody, przeważnie tinc. belladonnae od 4—6 kropli naraz w połączeniu z ichtyolem, co przez parę lat sprawiało mi wyraźną ulgę. Inne narkotyki, a zwłaszcza morfina, powodowały tylko pogorszenie. W ostatnich 5 latach i belladonna zawodziła — pozostała tylko soda (natr. bicarb.), której paczka $^1/_2$ klg. wystarczała mi na 2—$2^1/_2$ tygodnia zwyczajnie. Zażywałem obok tego inne środki, jak »neutralon«, magnesiumperhydrol, wodę wapienną z magnezyą i t. p., ale tylko z efektem chwilowym. W r. 1911 i 1912 odbyłem według porady lekarskiej dwukrotnie kuracyę w Karlsbadzie, ale bez skutku pomyślnego, czułem się nawet gorzej tak pod względem kwaśności, jak i rozdrażnienia nerwowego. Największy efekt występował po odpoczynku parotygodniowym. W ostatnich latach używałem węglanu bizmutu (bismuthum carbonicum) w dawkach dziennych od 15—50 gr. bez przestrzegania jednak dyety. Później, gdy i bizmut nie sprowadzał ulgi, zalecano mi używanie oliwy, ale i ten środek okazał się zawodny. W październiku i listopadzie 1913 r. dolegliwości moje wzmogły się znacznie. Obok kwaśności nadmiernej wystąpiły bóle w żołądku (czego dotąd nie zauważyłem) na szczycie trawienia, po śniadaniu już w $^1/_2$—1 godz., po obiedzie w 2 godz., a nadto bóle bardzo silne w nocy (między godz. 1 a 3), które mnie ze snu budziły. Do tych przypadłości przyłączyło się silne rozwolnienie i ustawiczne przelewanie się treści w jelitach. W stolcu zauważyłem niestrawione resztki pokarmów, jakoto strzępy mięsa, ziarnka kaszy perłowej i t. d. W tym stanie choroby poddałem się w połowie listopada 1913 r. badaniu i leczeniu. Dodać muszę, że matka moja i babka cierpiały również do późnej starości na kwaśność, objawiającą się zgagą i kurczami żołądka. Z rodzeństwa nikt na podobne objawy nie cierpi«.

Dwa okresy zatem mamy u tego chorego. Długi okres, bo 30 lat trwający, którybyśmy nazwali syndromem Reichmana, którego natężenie zależy w znacznej części od stanu nerwowego chorego, na które leczenie w Karlsbadzie i dyeta nie wpływa, a kilkotygodniowy odpoczynek, usunięcie się od ciężkich zawodowych zajęć, od politycznych zmagań, którym się ten lekarz oddaje, przynosi mu ulgę, poprawia stan — i okres ostatni, zaczynający się w październiku 1913 r., w którym do dawnych objawów przyłączają się objawy nowe, jak gwałtowne bole w $1^1/_2$—2 godzin po jedzeniu i bole w nocy (bole głodowe) — waga ciała spada znacznie. Przez cały 31-letni czas chory nigdy nie miał wymiotów.

Badanie przedmiotowe w okresie tego pogorszenia wykazuje: Fizyczne badanie ujemne; badanie zgłębnikiem przy 3 próbach, robionych w mojej klinice, stwierdza nadmierne wydzielanie i nadkwaśność przy przyspieszonej czynności mechanicznej żołądka, a badanie Roentgena w dniu 5. XI. 1913 stwierdza: żołądek w kształcie rogu, ortotoniczny, dolny biegun na dwa palce niżej pępka, odźwiernik mocno na prawo od linii środkowej, bardzo silny ruch robaczkowy żołądka, po 4 godzinach żołądek pusty. Dwunastnica przy napełnianiu kształtów i rozmiarów prawidłowych. Jelita po 4 godzinach napełnione

[1]) Rozbiór treści żołądkowej wykonywałem sam, jako ówczesny asystent kliniki, i dobrze pamiętam, że stwierdziłem nadmierne wydzielanie soku żołądkowego o wysokiej kwaśności.

aż do zgięcia śledzionowego. Bolesność przy obmacywaniu całej dwunastnicy. W stolcu próba krwi ujemna. Leczenie 2-miesięczne usuwa napady bólów w zupełności, a chory sam opisuje, że »podmiotowy stan poprawił się o tyle, że bole w żołądku zupełnie ustąpiły, ciężar ciała się podniósł, wygląd ogólny lepszy, a co najważniejsza, stan psychiczny poprawił się wybitnie, objawy hypochondryczne i depressyjne pojawiają się w daleko mniejszem nasileniu. Kwaśność jednak raz z mniejszem, raz z większem nasileniem utrzymuje się dalej«.

A cóż wykazuje badanie w dniu 5. V. 1914 w tym stanie, tak niepomiernie lepszym, niż dawniej? Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego trwa dalej, obraz rentgenologiczny żołądka jak dawniej, żołądek opróżnia się w $3^1/_2$ godziny, ruch jelitowy dalej szybki, w $3^1/_2$ godziny wypełnianie aż do zgięcia wątrobnego, a obraz dwunastnicy przedstawia się tak: rozmiary i kształt opuszki dwunastnicy (bulbus duodeni) prawidłowe, po opróżnieniu dwunastnicy utrzymują się stale dwa cienie, jeden odpowiadający opuszce nieco zdeformowanej, drugi nieco na prawo od tamtego w górnej części dwunastnicy; — dwunastnica przy obmacywaniu zupełnie niebolesna.

Nie ulega wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z wrzodem dwunastnicy, który doszedł do otrzewnej (periduodenitis), stąd zrosty i przesunięcie odźwiernika na prawo i bolesność dwunastnicy przy obmacywaniu w dniu 5. XI. 1913, stąd te dwa cienie w dwunastnicy przy badaniu w dniu 5. V. 1914, na który to szczegół w obrazie rentgenologicznym zwrócił uwagę Haudek, a brak bolów i ustąpienie bolesności przy obmacywaniu dwunastnicy świadczyło o uspokojeniu się owrzodzenia, jakkolwiek nadmierne wydzielanie trwało dalej. To nadmierne wydzielanie, 30 lat trwające, tak zawisłe od ogólnego stanu nerwowego, to przecież nie cecha wrzodu dwunastnicy, tak dawno trwającego, tylko naprawdę wyraz nerwicy wagotonicznej, czem można sobie tłómaczyć dobrze i pierwotny obraz rentgenowski żołądka i jelit, jak o tem wspomnę niżej. Stan ten usposabiał do powstania po latach wrzodu dwunastnicy i stanowi podstawę etyologiczną dla poważnej grupy przypadków samoistnych niejako wrzodów dwunastnicy i tłómaczy nam może zarazem wywiady tej kategoryi wrzodów, które to wywiady wykazują i przewlekłość cierpienia i zwalnianie i zaostrzanie się objawów, ale nie zależnie tylko od wrzodu dwunastnicy, ale i od tej nerwicy; czyli w grupie tej będą poważne miejsce zajmować wagotonicy, a może i sympatykotonicy, jak to niżej wspomnę, omawiając historyę choroby drugiego bardzo doświadczonego lekarza, skreśloną przez niego samego.

Przypadek III. »Mam lat 50, z rodziny zdrowej, w żadnym kierunku dziedzicznie nie obciążonej. Prócz błonicy w 38 r. ż. i kataru nosa (1—2 razy rocznie), czasem z katarem krtani i tchawicy, innych chorób nie przebywałem — a jedyną przypadłością, do której się przecież przyzwyczaiłem, była stała zgaga i stale obłożony język białawy lub brudnobiały i odbijania puste. Tryb życia pędziłem regularny, z wyjątkiem 10—12 lat (między 30 a 42 r. życia), kiedy jadałem bardzo nieregularnie i mniej higienicznie, bo poza tem jadałem miernie 4 razy dziennie, ale zawsze tak, że po obiedzie mogłem zasiadać do drugiego obiadu. W skład potraw wchodziły przeważnie jarzyny wszelkiego rodzaju i leguminy, mięso jadałem zazwyczaj tylko w południe, bo kolacya mięsna potęgowała zgagę i odbijania puste, a czasem kwaśne. Pokarmów ostrych, słonych, konserw mięsnych i rybnych nie znosiłem i nie lubiałem, trunków nie unikałem, ale ich bardzo rzadko i bardzo miernie używałem. Po raz pierwszy w 23 r. ż. w nocy doznałem gwałtownego bolu w boku prawym brzucha; ból ten trwał kilka do kilkunastu minut i więcej nie wrócił. Zjawiało się czasem gniecenie w dołku i w podżebrzu prawem, pluskanie nawet nad ranem, wzdymania, obfite wiatry.

Dopiero w dniu 18. sierpnia b. r. obudziłem się w nocy z kaszlem (miałem katar), z bólem brzucha, usadowionym w okolicy pępka na prawo i nudnościami — odplułem kilka razy do naczynia, wnet (w kilka minut) ból złagodniał i usnąłem. Rano zauważyłem w naczyniu krew, — czułem się zaś zupełnie dobrze. Stolec oddałem jak zwykle codziennie rano i nic w nim nie zauważyłem, dopiero dnia następnego spostrzegłem stolec ciemny, fusowaty. Przez kilka dni następnych miewałem w podżebrzu prawem uczucie nieoznaczone (pełność, gniecenie), które po jedzeniu malało, ale nie zwracałem na to uwagi, kontrolowałem tylko pilnie stolec, a gdy w 6—8 dni później zauważyłem znowu ciemną partyę w stolcu obok normalnie zabarwionego, zgłosiłem się o poradę lekarską«.

Badanie tego chorego wykazało:

Odżywienie i budowa dobra, wyraźna pobudliwość naczynioruchowa, tętno przyspieszone. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Dolna granica żołądka na trzy palce niżej pępka — bardzo lekka tkliwość na prawo od prawego mięśnia prostego. Pluskanie żołądkowe przy wstrząsaniu naczczo. Wyciągnięta treść jasnozielonawa, silnie kwaśna; HCl wolny bardzo wybitny. Zaległości pokarmowych, ani mikroskopowych niema.

Badanie promieniami Roentgena wykazuje: Żołądek wydłużony, opadnięty (7 cm niżej pępka). Naczczo zawiera znaczniejszą ilość płynu, który po wprowadzeniu papki bizmutowej przedstawia się jako warstwa pośrednia (papka, warstwa płynu, bania powietrzna). Perystaltyka żołądka bezpośrednio po spożyciu papki bizmutowej żywa, o głębokich falach, rozpoczynających się wysoko. Dwunastnica bezpośrednio po spożyciu bizmutu przedstawia się w całej długości trwale wypełniona. Obmacaniem wykazuje się, że miejsce bolesne na ucisk leży poza obrębem żołądka i odpowiada położeniu dwunastnicy. W 6 godzin po spożyciu mimo początkowej nadmiernej perystaltyki żołądka i ciągłego przepływania papki przez dwunastnicę, mimo przyspieszonych ruchów jelitowych (wypełnienie aż do zgięcia śledzionowego) widoczna jest w dolnej części żołądka znaczna ilość papki bizmutowej (Sechsstundenmagenrest). W stolcu w dniu badania krwi nie można było wykazać.

Uwzględniając: 1) zjawienie się krwi w wymiocinie i stolcu, stwierdzone przez lekarza; 2) wykazanie nadmiernego wydzielania i nadmiernej kwaśności; 3) obraz Roentgena (żywa perystaltyka żołądka, trwałe wypełnienie dwunastnicy w całej jej długości, pozostałość pokarmowa po 6 godzinach, bolesność na ucisk dwunastnicy); — trzeba przecież rozpoznać wrzód, i to najprawdopodobniej dwunastnicy; a gdzież się podziały wszystkie »charakterystyczne« cechy w wywiadach, te podmiotowe uczucia, na podstawie których możnaby było bez badania wrzód rozpoznać? Odczuwanie zgagi, odbijanie, przez lata stale trwające, przed 27 laty raz w nocy kilkuminutowy ból pod prawem podżebrzem, oto wszystko, co ten, zresztą czujący się zdrowym osobnik odczuwał i niespodziewanie dostaje ten osobnik krwotoku żołądkowo-jelitowego. Jakże ten przypadek odskakuje od skreślonego obrazu, a mającego być tak »charakterystycznym« dla wrzodu dwunastnicy.

Dwaj ci lekarze, których historye choroby przytoczyłem, obydwaj od lat cierpiący na zgagę, a w końcu na wrzód dwunastnicy, przyczem jeden doznaje dość charakterystycznych objawów, a drugi ich niema, obok cech wspólnych, różnią się od siebie pewnymi ogólnymi objawami i zachowaniem się żołądka przy badaniu promieniami Roentgena. Pierwszy z nich ma wolne tętno, skłonność do potów, nadmierne wydzielanie ze znaczną nadkwaśnością, szybki ruch jelitowy (w $3^1/_2$ godziny papka bizmutowa już przy zgięciu śledzionowem), a żołądek ortotoniczny w $3^1/_2$ godziny już pusty. — Drugi wprawdzie także ma nadmierne wydzielanie, ale nadkwaśność mniejszą, także wprawdzie przyspieszony ruch jelitowy, ale nieznacznie (w 6 godzin papka bizmutowa tylko do zgięcia wątrobnego), zato wybitną grę naczynioruchową, przyspieszenie tętna, żołądek hypotoniczny, zawierający po 6 godzinach jeszcze sporą ilość papki bizmutowej. Gdzie szukać przyczyny w różnicy tych objawów? przecież nie we wrzodzie samym. Mimowoli ciśnie się myśl, czy przyczyny dla tych różnic nie należy szukać w różnicy ich układu wegetatywnego. Pierwszy z nich należałby do osobników z przewagą »wagotonii«, drugi z przewagą »sympatykotonii«, — stąd u pierwszego nadmierne wydzielanie i nadkwaśność tak znaczne i trwałe, tak dokuczliwe w objawach, pocenie się, zwolnie-

nie tętna, tak szybki ruch jelitowy (w $3^1/_2$ godziny papka już doszła do zgięcia śledzionowego), zaznaczający się w objawach burkotaniami po brzuchu i nieraz biegunkami; — u drugiego nadmierne wydzielanie bez tak wyraźnej kwaśności i bez tak przykrych objawów, przyspieszenie tętna, gra naczynioworuchowa, ruchy jelitowe mało co przyspieszone, a jakże dobrze znalazłby wtedy wytłómaczenie obraz rentgenologiczny żołądka, tak różny u nich.

Zestawmy sobie różnice obrazu żołądka u tych 2 chorych:

Chory I.	Chory II.
1) Żołądek w postaci rogu, ortotoniczny.	1) Żołądek w postaci worka, hypotoniczny.
2) Żywe ruchy robaczkowe.	2) Ruchy robaczkowe powolne, głębokie, wysoko zaczynające się.
3) W $3^1/_2$ godziny pusty.	3) Po 6 godzinach jeszcze sporo papki bizmutowej.

Czyż dla wytłómaczenia tego obrazu nie nasuwają się spostrzeżenia Kleea [1]), który szeregiem doświadczeń na kotach wykazał, że przy podniesieniu czynności nerwów błędnych (przecięcie mózgu tuż pod namiotem móżdżku i t. d.) żołądek przy prześwietleniu przybiera kształt rogu, ma bardzo żywe ruchy robaczkowe, opróżnia się z zawartości bardzo szybko (obraz wagotonii, jak u pierwszego chorego), gdy znów po przecięciu nerwów błędnych, a więc przy przewadze nerwów współczulnych lub przy podrażnieniu samych nerwów współczulnych, żołądek staje się hypotonicznym, ruchy robaczkowe słabsze, to też i zawartość w nim dłużej pozostaje (obraz sympatykotonii, jak u drugiego chorego).

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do badań substancyi jodofilnej w leukocytach ropy wiewiórowej

napisał

Prof. Dr Władysław Reiss † *).

Przyroda i znaczenie substancyi jodofilnej w komórkach różnego pochodzenia, zwłaszcza w ciałkach ropnych, jest od dawna przedmiotem naukowych roztrząsań. Odkąd mianowicie wykryto w protoplazmie leukocytów oraz w miazdze, powstałej z ich rozpadu, substancyę, barwiącą się brunatno-czerwono rozczynem jodu w jodku potasu, podawano najróżniejsze, nieraz wprost przeciwne tłómaczenia tego zjawiska.

Chociaż substancyę, o której mowa, znajdowano często zarówno w tkankach prawidłowych, jak i chorobowo zmienionych, to jednak najlepszym przedmiotem badań dla rozwiązania zagadnienia jodofilii wydawały się właśnie leukocyty ze względu na swoje życiowe znaczenie w ustroju.

Ranvier i Salomon jeszcze w roku 1877 wykazali w ropie substancyę, barwiącą się brunatno jodem. Salomon uważał tą substancyę za glikogen, opierając się głównie na pracy Hoppe-Seylera, który wykazał glikogen w leukocytach, obdarzonych ruchami amebowatymi. (Nie wykazał go jednak w komórkach spoczywających). Ehrlich, który pierwszy podał ścisłą metodę mikroskopowego wykazania substancyi jodofilnej w leukocytach, uznał ją za glikogen; Czerny uważał tę substancyę za ciało przejściowe amyloidu, Goldberger zaś i Weis za pepton. Ponieważ już poprzednio wielokrotnie stwierdzono u diabetyków jodofilię leukocytów, znajdujących się w naczyniach, więc na tej zasadzie pojmowano pojawienie się tej substancyi w komórkach ustroju, jako sprawę resorbcyjną, w której leukocyty otrzymany cukier przemieniają w odpowiedniejszy dla siebie glikogen. Później dopiero utrwaliło się zdanie, by uważać jodofilię komórek za proces samoistnie w nich się odbywający, a substancyę, o którą chodzi, pojmować jako wyraz anormalnej, w swoistym kierunku zmienionej czynności protoplazmy komórkowej. Sam odczyn tłómaczono już to jako zjawisko degeneracyjne, już to jako wyraz wzmożonej czynności protoplazmy komórkowej.

Sprawa jodofilii przedstawiałaby się z pewnością jaśniej, gdyby jodofilia pojawiała się nietylko w leukocytach, znajdujących się zewnątrz naczyń, ale i w naczyniach, gdyż oczywiście zupełnie ściśle łączy się z tem pytanie co do pochodzenia substancyi jodofilnej. W wielu przypadkach z pewnością jest usprawiedliwione przypuszczenie, że substancya jodofilna pochodzi z zewnątrz; wogóle jednak przeważająca liczba spostrzeżeń przemawia za przyjęciem samoistnego procesu w komórkach, szczególnie przy jodofilii poza naczyniami, i tak n. p. w komórkach ropy wiewiórowej.

Gabryczewski starał się udowodnić, że leukocyty mogą przemienić pewną określoną ilość peptonu w glikogen; przekonał się on, że przy śródżylnem mianowicie wstrzyknięciu węglowodanów, leukocyty przeobrażają je w glikogen. Livierato stwierdził, że istnieje ścisły związek między wystąpieniem odczynu jodowego we krwi, a rodzajem, jako też przebiegiem sprawy chorobowej; gdzie bowiem rozległemu procesowi miejscowemu z gorączką towarzyszyła leukocytoza zapalna i wysięk ulegający peptonizacyi, tam ilość glikogenu we krwi zwiększała się; natomiast nie można było stwierdzić zwiększenia się ilości glikogenu we krwi, jeśli proces przebiegał bez leukocytozy.

Kaminer upatruje w pojawieniu się leukocytów jodofilnych swoiste zjawisko, będące następstwem krążenia toksycznych produktów bakteryjnych we krwi. Stwierdza on równocześnie klinicznie ten odczyn w leukocytach przy gorączce połogowej, przy posocznicy i przy zapaleniu płuc. Tego samego zdania jest Michaelis, który równocześnie uważa jodofilię za wyraz degeneracyi komórek. Lazarus jest zdania, że odczyn ten jest zjawiskiem regeneracyjnem przynajmniej w większości przypadków. Zollikofer, działając jodem według nowej metody, stwierdza jodofilię leukocytów nietylko (jak dotychczas podawano) wielojądrzastych i neutrofilnych, ale także eozynofilnych i bazofilnych, a czasami limfocytów krwi. Niektórzy autorowie, jak Sochorowicz i Lubarsch, uważają drobną ziarnistość w leukocytach za pierwotną, istniejącą więc już przed zadziałaniem jodem, a na dowód tego wskazują oni na zupełnie regularny układ ziarenek i jednakowy zawsze obraz przy zastosowaniu różnych środków ustalających i różnych metod barwienia.

Jest z pewnością prawdą, że ziarenka w komórkach, a zwłaszcza te, które określa się jako neutrofilne, często także stanowią podkład substancyi jodofilnej; to jednak nie zmienia faktu, o którym przekonałem się na całym szeregu preparatów, że ziarnka w komórkach okazują się często wcale nie identyczne ze złogami jodofilnymi. Występują także silniej zabarwione ziarenka, które powstały ze zlania się najdrobniejszych ziarenek; przy pewnej wprawie można je odróżnić od pierwotnych ziarenek, już na podstawie samego ich ułożenia i charakterystycznego ugrupowania (przeważnie na obwodzie komórek).

Best był tego zdania, że należy uważać odczyn jodowy leukocytów na pewno za wyraz wzmożonej życiowej czynności, a nie za obraz zwyrodnienia komórek. Autor ten uważa substancyę jodofilną nie za glikogen, lecz za pewną jego odmianę, która związana jest z pewnem ciałem białkowem na podobieństwo glikozydu.

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift 1914, Nr 19.

*) Praca oddana do druku na kilka dni przed śmiercią autora.

Kaminer rozróżnia trzy okresy odczynu jodofilnego, mianowicie: rozlane zabarwienie brunatne protoplazmy, czerwono-brunatną ziarnistość i całkowite przeobrażenie protoplazmy w brunatne ziarenka i grudki. Inni autorowie nie zgadzają się na ten podział; Stumpke n. p. spostrzegał najczęściej brunatną ziarnistość, potwierdzał również pojawianie się grudek (III okres Kaminera), lecz podaje w wątpliwość, czy rozlane zabarwienie brunatne protoplazmy leukocytów można uznać za wyraz najlżejszego stopnia jodofilii komórek. W prawidłowej krwi człowieka ani królika nie spostrzegał Kaminer tych trzech podanych przez siebie okresów; również nie powiodło mu się w warunkach prawidłowych stwierdzić odczynu czyto wewnątrzkomórkowego, czyto zewnątrzkomórkowego.

Winkler opisuje substancyę jodofilną w leukocytach ropy wiewiórowej tylko w postaci ziarenek lub też większych ziarn i grudek. Niektórzy autorowie, wychodząc z tego założenia, że substancya, o którą chodzi, przepaja w rozpuszczonej postaci protoplazmę, uważają ziarniste złogi jodofilne za wytwór sztuczny, i tak Winkler n. p. za zjawisko wysychania. Gierke uważa ziarna te za strąty; według tego autora najpierw wodne środki ustalające rozpuszczają w komórkach substancyę jodofilną (którą on uważa za glikogen), przez następne zadziałanie alkoholu substancya ta znowu się strąca i przez prąd dyffuzyjny zostaje zaniesiona na obwód komórki. Przez to też równocześnie tłómaczy się znane ułożenie w obwodowych częściach komórki. Na to tłómaczenie nie mógłbym się zgodzić dlatego, ponieważ owa ziarnistość występuje także wszędzie tam, gdzie stosowano różne środki ustalające i różne sposoby postępowania; również n i e m ó g ł b y m s i ę z g o d z i ć n a t o, j a k o b y u g r u p o w a n i e s i ę z i a r e n e k n a o b w o d z i e k o m ó r e k b y ł o z a w s z e z j a w i s k i e m s t a ł e m. Pomijając sprawę chemicznej budowy substancyi jodofilnej w komórkach, znajdujemy w literaturze, dotyczącej tej sprawy, często wprost sprzeczne zdania co do pochodzenia substancyi jodofilnej. Wyłania się mianowicie pytanie, czy należy ją uważać tylko za naciek komórek, czy też jest ona raczej wyrazem swoistej przemiany protoplazmy? Gdyby to była przemiana, wtedy pozostaje jeszcze nierozstrzygniętem, czyby przemianę tę należało uważać za zwyrodnienie komórek lub za wytwór zwyrodnienia (Kaminer), czy też za objaw wzmożonej biologicznej czynności w komórkach (Winkler, Stümpke).

Ażeby sobie wyrobić pewien pogląd w tej sprawie, postanowiłem zbadać jak najdokładniej substancyę jodofilną w leukocytach ropy wiewiórowej, i to we wszystkich okresach choroby. Zgodnie z Winklerem uważam leukocyty ropy wiewiórowej za materyał najodpowiedniejszy, dzięki wybitnej żerności leukocytów względem gonokokków, by poznać stosunek substancyi jodofilnej do przejawów życiowych komórek i do dwoinek.

Przedmiotem moich badań było sto kilkadziesiąt przypadków wiewióra, i to w najróżnorodniejszych okresach, z powikłaniami lub bez nich, począwszy od okresu zwiastunów ostrego zapalenia cewki moczowej, aż do końcowych okresów powiewiórowego śluzoropotoku. Ażeby uzyskać ścisłą kontrolę tak co do pojawienia się, jako też co do ułożenia substancyi jodofilnej w leukocytach, sporządzałem z każdej wziętej do badania kropli ropy zawsze większą ilość preparatów i to według różnych metod.

Używałem w tym celu metod następujących:

1) Ustalenie wilgotnych preparatów w parach jodu (Zollikofer). Preparat jeszcze wilgotny wstawia się w płytkiej czarce do niezupełnie szczelnie zakrytego naczynia, do którego wkłada się równocześnie czarkę z kryształkami jodu; tak pozostają preparaty 12 do 20 minut albo też dłużej, aż do zupełnego wyschnięcia. Niezupełnie wyschnięte preparaty dają zamazane obrazy; mianowicie w wysuszonych częściach preparatu widać charakterystyczną ziarnistość w komórkach, zaś w wilgotnych częściach nie widać jej, lecz tylko rozlane żółte zabarwienie. Gotowe preparaty ogląda się w olejku lebiodkowym (oleum origani), który pochłania jod, barwiący komórkę w sposób rozlany, a przez to silniej uwydatnia czerwono-brunatne ziarna. Metoda ta daje bardzo wyraźne obrazy. Winkler, który wiele się tą metodą posługiwał, uważa ją za najlepszą i za jedynie niezawodną obok metody Gierkego.

2) Badanie na zagłębionem szkiełku przedmiotowem (Gierke). Wilgotny preparat (ropę na szkiełku nakrywkowem) kładzie się na wycięciu szkiełka przedmiotowego i poddaje się działaniu par kryształków jodu, leżących na dnie zagłębienia.

3) Poddanie działaniu par jodu już wysuszonych preparatów, a następnie zamknięcie ich w gumie jodowej (według Ehrlicha). Odmianą tej metody, podaną przez Barfurtha, jest umieszczenie wysuszonych preparatów w mieszaninie jodu z gliceryną (na jedną część roztworu Lugola— dwie części gliceryny).

4) Według metody Langhansa pozostawia się suche preparaty przez pięć do dziesięciu minut w rozczynie Lugola, a następnie odwadnia się rozcieńczoną nalewką jodową (jedna część nalewki jodowej na cztery części alkoholu absolutnego). Potem daje się preparaty do olejku lebiodkowego (oleum origani). Ewentualnie podbarwia się jeszcze preparaty karminem Mayera. W ten sposób sporządzone preparaty należy jednak przeglądać dopiero po upływie kilku godzin; najlepsze obrazy otrzymywałem po upływie 24 godzin. Metoda ta wprawdzie nie jest tak pewna, jak metoda Zollikofera, jednak jako metoda porównawcza może często oddać dobre usługi.

5) Praktyczną, lecz wymagającą już więcej wprawy, jest metoda, podana przez Driessena. Wysuszone preparaty barwi się bardzo krótko kwaśnym karminem (salzsaures Karmin), poczem odbarwia się 96°/₀ alkoholem. Następnie na 3 minuty mniej więcej wstawia się preparaty do alkoholu absolutnego, stąd na 3 do 5 minut do ksylolu karbolowego z jodem (rozczyn Lugola i ksylol karbolowy w równych częściach; po kilkakrotnem kłóceniu bierze się do użycia górną, brunatno zabarwioną warstwę ksylolu karbolowego). Jeśli preparaty wypadną za ciemno, to polewa się je jeszcze następnie czystym ksylolem karbolowym (acid. carbol. 5,0 — xyloli 15,0), poczem zaraz można je oglądać w olejku lebiodkowym (ol. origani) lub w balsamie.

Metodę Driessena zmieniłem nieco dla swoich celów o tyle, że preparaty poddawałem jeszcze bardzo lekkiemu podbarwieniu rozcieńczonym fioletem kresylowym dla następowego zabarwienia dwoinek. Metoda ta daje bardzo piękne obrazy. Mianowicie wskutek podbarwienia preparatów kwaśnym karminem powstaje bardzo piękne ujemne zabarwienie leukocytów; na jasno różowem tle odbija bardzo wyraźnie jasna protoplazma leukocytów, przyczem szczególnie występuje na jaw wewnątrzkomórkowe ułożenie dwoinek wiewiórowych. Substancya jodofilna pojawia się tu nie w postaci odosobnionych ziaren, lecz raczej w postaci więcej jednolicie jasnobrunatnych grudek, leżących bądźto w obwodowej części komórki, bądź też bliżej przy silnie zabarwionych jądrach. Jeśli substancya jodofilna, która w żyjących leukocytach najprawdopodobniej mniej więcej rozmieszczona jest w sposób rozlany, strąca się zaś ziarnisto dopiero przez zadziałanie par jodu, a więc, gdyby pojawienie się jej w postaci ziarn uważać należało za zjawisko wtórnie wytworzone, to przy traktowaniu preparatów jodem z karbolem przybiera substancya jodofilna postać, zbliżoną więcej do rozlanego przepojenia protoplazmy i występuje w grudkach o zarysie mniej lub więcej zamazanym, a tylko częściowo silniej zaznaczonym. Podbarwiać fioletem kresylowym należy bardzo krótko, bez względu na to, że może dwoinki zabarwią się bardzo słabo, gdyż inaczej substancya jodofilna zostaje ukryta albo też częściowo się rozpuszcza. Barwiąc zupełnie lekko rozcieńczonym fioletem kresylowym, można było jednakże dokładnie określić ułożenie jodofilnych grudek w protoplazmie przy bardzo słabo zaznaczonych dwoinkach.

Na bardzo znaczne trudności napotyka dogodne połączenie barwienia gonokokków z równoczesnem uwidocznieniem substancyi jodofilnej w celu określenia ewentualnego związku między pojawianiem się substancyi jodofilnej, a wewnątrzkomórkowem ułożeniem gonokokków. Zwykle używanych metod barwienia gonokokków nie można tu wcale zastosować. Próbowałem również wielokrotnie wewnątrzcewkowego barwienia według Winklera przez wprowadzenie sproszkowanego barwika do dołu łódkowatego cewki (fossa navicularis), ażeby poddać ropę już wewnątrz cewki dyffuzyjnemu barwieniu, lecz niestety sposobem tym nie otrzymałem żadnych pewnych obrazów. Także przy metodzie Zollikofera wypróbowałem w wielu przypadkach podbarwianie fioletem kresylowym i stwierdziłem jego praktyczność.

Co do ułożenia substancyi jodofilnej w protoplazmie, jak również i poza obrębem komórek, to najlepsze wyniki otrzymać można, stosując działanie par jodu czyto według Zollikofera, czy też Gierkego. Szczególniej przy metodzie Gierkego daje się łatwo spostrzegać charakterystyczne zabarwienie ziarn i grudek wewnątrz komórek w kolorze wina czerwonego, jako też żółte zabarwienie większych ziarnistości tych komórek, które przy barwieniu kontrolnem okazują się eozynofilnemi. W czasie następowego oglądania preparatów w olejku lebiodkowym (ol. origani) wyługowuje się barwik z ziarn żółtych, a równocześnie grudki barwy wina czerwonego i mahoniowo-czerwone nabierają barwy brunatnej. Ponieważ z każdej wziętej do badania kropli ropy sporządzałem preparaty według wszystkich wyżej opisanych metod i porównywałem je ze sobą, więc przez zestawienie wszystkich obrazów jednego i tego samego okresu chorobowego uzyskałem ważne wyniki co do ułożenia substancyi jodofilnej zewnątrz i wewnątrz komórek, jak również co do przypuszczalnego związku substancyi jodofilnej z nasileniem obrazów zapalnych.

Substancyę jodofilną można wykazać już w pierwszych dniach po zakażeniu, a także w świeżym surowiczoropnym okresie choroby w leukocytach i nabłonkach (chociaż w nabłonkach rzadziej). W tym okresie jest ona przeważnie zepchnięta do zewnętrznego pasa protoplazmy leukocytów i przedstawia się tu w postaci dosyć sporych ziarn albo też tworów sierpowatych, które ułożone obwodowo tu i ówdzie przekraczają granicę komórek i w postaci bardzo płaskich czapeczek są jakby przyczepione do leukocytów. W jądrach leukocytów nie stwierdziłem nigdy ani śladu substancyi jodofilnej (odnosi się to również do późniejszych okresów zakażenia). W najwcześniejszych okresach choroby spostrzega się bardzo mało jodofilii zewnątrzkomórkowej, jeśli pominiemy wyżej wspomniane ściśle złączone z komórką czapeczki. Za pośrednictwem czapeczek, których często po kilka do leukocytów sierpowato przylega, wydaje się wiele leukocytów, jakby ze sobą sklejonych. Między leukocytami widać tylko gdzieniegdzie odosobnione grudki koloru wina czerwonego lub brunatno-czerwone.

Zupełnie równolegle ze wzmaganiem się objawów zapalnych i ze zwiększaniem się ilości wydzieliny ropnej zwiększa się też zawsze wytwarzanie się substancyi jodofilnej w komórkach. Przy dojściu sprawy zapalnej do szczytu widzimy całe pole widzenia zasiane leukocytami, w których szczególnie obwodowe części są wprost zapchane jodofilną ziarnistością. Tylko w niektórych komórkach dochodzą ziarna i grudki także do środkowych części protoplazmy, po największej części przeważa postać czapkowata albo też różańcowata ziarnistość w skrajnie obwodowej części protoplazmy tak, że leukocyty wydają się jakby ujęte w brunatno-czerwoną torebkę. Ilość substancyi jodofilnej, leżącej zewnątrz komórek, zwiększa się również znacznie w tym okresie zapalenia, i to przeważnie w postaci grudek nieregularnego kształtu albo też tworów sierpowatych, obejmujących leukocyty w postaci płaszcza.

Nie stwierdziłem mimo przejrzenia w tym kierunku wielu preparatów, by równocześnie z obfitszem wytwarzaniem się substancyi jodofilnej pojawiało się zwiększenie się ilości komórek eozynofilnych w ropie, jak to spostrzegał Winkler.

Z każdem zwolnieniem sprawy zapalnej zmniejsza się także zawsze wyraźnie wytwarzanie się substancyi jodofilnej; tosamo spostrzegałem również zawsze przy wystąpieniu powikłań, których następstwem było czasowe zmniejszenie się lub ustanie wypływu z cewki. Potwierdził to cały szereg badań w tym kierunku, przyczem należy zauważyć, że to zmniejszenie się ilości substancyi jodofilnej, pojawiające się często bardzo nagle, dotyczy głównie tylko jodofilii wewnątrzkomórkowej.

W czasie całego okresu największego natężenia wiewiórowego zapalenia cewki moczowej wytwarza się substancya jodofilna tak wewnątrz, jak i zewnątrz komórek dosyć równomiernie, z bardzo tylko nieznacznemi wahaniami.

Ze wszystkich powikłań, mogących mieć wpływ na zwiększenie się substancyi jodofilnej, należy wspomnieć tylko o przejściu wiewióra na gruczoł krokowy. Niezmierna obfitość substancyi jodofilnej, którą się z reguły stwierdza przy zajęciu gruczołu krokowego, odnosi się, jak się o tem dokładnie przekonałem, tylko do ropy, pochodzącej z zajętego zapaleniem gruczołu krokowego. Ropa, uzyskana po wypłukaniu całej cewki moczowej zapomocą uciśnienia gruczołu krokowego przez odbytnicę, była zawsze nadzwyczaj jodofilna; natomiast w ropie badanej przed miesieniem gruczołu krokowego stwierdzałem tylko taką ilość substancyi jodofilnej, jaka odpowiadała danemu okresowi wiewióra.

Ponieważ Pezzoli stwierdził, że równocześnie z przejściem wiewióra na tylną część cewki moczowej zwiększa się zawsze ilość komórek eozynofilnych we krwi i w zapalnym wysięku całej cewki, postanowiłem zbadać, czy może da się wykazać w tych samych warunkach równoczesne zwiększenie się ilości leukocytów jodofilnych, mianowicie przy przejściu sprawy zapalnej na tylną część cewki moczowej. Wyniki badań w tym kierunku okazały się zupełnie ujemnymi z wyjątkiem tylko przypadków zajęcia sprawą chorobową gruczołu krokowego. Stwierdzałem jednak stale we wszystkich przypadkach ropnego mieszkowego zapalenia gruczołu krokowego (prostatitis follicularis), że właśnie zawsze można było wykazać bardzo silną jodofilię w ropie, uzyskanej opróżnieniem ropnia mieszkowego wskutek ucisku przez odbytnicę.

Winkler doszedł w ciągu badań z ropą wiewiórową do nader ciekawych wyników; udowodnił mianowicie, że w leukocytach, zawierających dwoinki Neisserowskie, braknie zupełnie istoty jodofilnej, — niema jej tam nawet wtedy, jeżeli obecność dwoinek w nitkach ogranicza się choćby tylko do jednej nawet pary. Tłumaczenie tego zjawiska może być tylko dwojakie: albo li tylko komórki zupełnie wolne od substancyi jodofilnej mogą wogóle pochłaniać dwoinki, albo też substancya jodofilna zostaje przez gonokokki poprzednio w leukocytach zawarte zniszczoną, względnie wytworzenie tu tejże substancyi staje się w tych warunkach niemożliwem.

Winkler stwierdził jednakże doswiadczalnie w termostacie żerność komórek jodofilnych względem gonokokków, przyjmuje zatem, że gonokokki mogą działać niszcząco na substancyę jodofilną, zawartą w komórkach. Ponieważ ogólnie za wzorem Ehrlicha uważa się substancyę jodofilną za glikogen, więc Winkler przypuszcza, że może czynność życiowa gonokokków niszczy w komórkach substancyę jodofilną, która przemienia się w cukier i przez to wykazanie jej zapomocą odczynu jodowego staje się niemożliwe. Jednakże nie powiodło się Winklerowi za pomocą czystej hodowli gonokokków w probówce przemienienie glikogenu w cukier, a to wskutek zahamowania wzrostu hodowli przez dodanie glikogenu; przez to też nie powiodło się sprawdzić, o ile to, zresztą bardzo nęcące, przypuszczenie Winklera jest słuszne.

Winkler zastanawia się jednak także nad innem jeszcze tłómaczeniem wspomnianego zjawiska. Skłania się on mianowicie do przyjęcia, że toksyny, wytworzone w komórkach, działają w ten sposób na substancyę jodofilną, iż traci ona możność oddziaływania na jod. Pozostaje coprawda nierozstrzygniętem pytanie, czy jodofilną substancyę uważać za substancyę zapasową, która zostaje zużyta przez życiową czynność gonokoków, czy też może substancya jodofilna przechodzi w tych warunkach w jakiś związek chemiczny, nie barwiący się jodem.

Winkler uważa pojawienie się substancyi jodofilnej za metabolizm dotyczących leukocytów, w przeciwieństwie do Kaminera. który przyjmuje wędrówkę tejże substancyi z jej złogowisk (magazynów), n. p. ze szpiku kostnego. Jest on tego zdania, że substancya jodofilna znajduje się wszędzie wśród protoplazmy leukocytów, że więc substancyę tę wytwarza cała protoplazma, a że plazmosomy leukocytów stanowią tylko punkta krystalizacyjne, około których przeważnie osadza się substancya jodofilna w postaci ziarn. Wychodząc z założenia Ehrlicha, że powinowactwo protoplazmy leukocytów do jodu uwarunkowane jest wiązaniem się toksyn bakteryjnych z chwytnikami (receptorami) komórek, dochodzi Winkler z tej okoliczności, że komórki gruboziarniste nie wykazują odczynu jodofilnego, do wniosku, że te komórki nie mogą wiązać żadnych toksyn. Stwierdzenie jednak tego, że leukocyty, zawierające gonokokki, nie wykazują jodofilii, skłania Winklera do bardzo logicznego przypuszczenia, a mianowicie, iż widocznie w tych komórkach życiowa czynność gonokokków zdoła sama przez się objąć rolę w sprawie związania ich toksyn.

Moje badania potwierdziły, z wyjątkiem nielicznych wyjątków, zdanie Winklera, że leukocyty, zawierające gonokokki nawet w ilości tylko jednej lub dwu dwoinek, nie zawierają substancyi jodofilnej. W preparatach, badanych przezemnie, wszystkie komórki, zawierające w i ę k s z ą i l o ś ć d w o i n e k, nie zawierały nigdy ani śladu substancyi jodofilnej. Natomiast w tych komórkach, w których protoplazmie znajdowały się tylko j e d n a l u b d w i e d w o i n k i, bardzo często znajdowałem jodofilne ziarna lub grudki, i to bardzo osobliwie ułożone. Stwierdziłem mianowicie, że ziarna jodofilne układają się na wprost p r z e c i w l e g ł y m b i e g u n i e komórki, jak same dwoinki. Również często spostrzegałem w leukocytach, w których znajdowały się jedna lub dwie dwoinki w pewnym odcinku komórki, twór sierpowaty w przeciwległym odcinku, względnie czapeczkę przy brzegu protoplazmy, złożoną z jodofilnych złogów. Ta j e d n o b i e g u n o w a jodofilia, którą stwierdziłem w wielu leukocytach, zawierających małą ilość gonokokków, sprawia wrażenie, jak gdyby tutaj wytwarzała się t y l k o m i n i m a l n a i l o ś ć s u b s t a n c y i j o d o f i l n e j, i t o t y l k o z d a l a o d m i e j s c a h a m u j ą c e g o d z i a ł a n i a g o n o k o k k ó w, w z g l ę d n i e i c h t o k s y n.

Zupełnie równolegle z ustępowaniem ostrych objawów zapalenia i równocześnie z wyraźnem zmniejszeniem się ilości gonokokków w polu widzenia, następuje w leukocytach, nie zawierających gonokokków, c h a r a k t e r y s t y c z n a d o p e w n e g o s t o p n i a z m i a n a w u ł o ż e n i u się wewnątrzkomórkowem substancyi jodofilnej, co stwierdziłem z reguły, a mianowicie posługując się metodami kontrolnemi.

Jeśli się bowiem bada śluzowo-ropną wydzielinę co do substancyi jodofilnej w okresie zmniejszonego nasilenia sprawy zapalnej, to można dostrzedz, że jodofilia leukocytów wogóle nietylko się zmniejsza, lecz także, że substancya jodofilna j a k b y s i ę p r z e s u w a ł a o d o b w o d u k o m ó r e k k u i c h ś r o d k o w i, a w i ę c k u j ą d r o m l e u k o c y t ó w. W wielu miejscach znika charakterystyczne mahoniowo-czerwone obrębianie protoplazmy leukocytów przez przylegające czapeczki, a zamiast tego pojawiają się małe gromadki ziarn albo też tworów sierpowatych zdala od brzegu protoplazmy, zupełnie blizko jąder komórkowych. Ponieważ wzrok już się przyzwyczaił do obwodowego ułożenia substancyi jodofilnej, odnosi się więc wrażenie przy oglądaniu preparatów, jak gdyby komórki postradały jodofilię; przy uważnem oglądaniu preparatów widzi się jednak zupełnie dokładnie, że gromadki ziarenek jodofilnych leżą daleko od obwodu protoplazmy, a tuż przy jądrach komórkowych. W wielu leukocytach wydają się jądra jakby otoczone delikatnym rąbkiem substancyi jodofilnej. Takie właśnie ułożenie substancyi jodofilnej (nazwijmy je j o d o f i l i ą o k o ł o j ą d r o w ą) w protoplazmie leukocytów spostrzegałem jednak tylko w okresie wyraźnego obniżenia nasilenia sprawy zapalnej i przy bardzo małej ilości gonokokków, n i g d y zaś nie spostrzegałem tego na szczycie zapalenia, ani przy zaostrzeniu się podostrego zapalenia cewki moczowej. Przeciwnie, przekonałem się, że przy każdem zaostrzeniu się przycichającego zapalenia jodofilia okołojądrowa ustępowała miejsca zupełnie prawidłowemu ułożeniu ziarenek w obwodowym rąbku protoplazmy, przyczem równocześnie ilość substancyi jodofilnej zwiększała się znacznie. Stwierdziłem również wielokrotnie tę zmianę w ułożeniu ziarenek i grudek jodofilnych po wkraplaniach lapisu, które wywołały silniejszy odczyn zapalny.

Równocześnie z okołojądrową jodofilią leukocytów w okresie zwolnienia zapalenia cewki moczowej pojawiają się jednak także nabłonki jodofilne, i to w znacznej ilości. Są to przeważnie nabłonki przejściowe, które w tym okresie zwykle występują bardzo obficie; Fürbringer zwrócił już zresztą dawniej uwagę na ich jodofilię. Lecz i te mahoniowo-brunatne komórki nabłonkowe znikają po większej części zupełnie, skoro tylko pojawia się zaostrzenie zapalenia wraz ze zwykłem zwiększeniem się ilości substancyi jodofilnej w leukocytach. Duże płaskie komórki nabłonkowe okazują w okresie zwolnienia sprawy chorobowej tu i ówdzie, i to głównie na obwodzie, zabarwienie mahoniowo-brunatne, wogóle jednak są zabarwione rozlano jasnożółto.

Miałem sposobność badać w kierunku jodofilii tylko dwa przypadki zapalenia cewki moczowej nie wiewiórowego pochodzenia. Jeden przypadek toczył się ostrego zapalenia cewki moczowej, powstałego po zapobiegawczem wstrzyknięciu sublimatu; w drugim przypadku chodziło o podostro przebiegającą postać zapalenia cewki moczowej, trwającego od dwu miesięcy, przyczem dosyć skąpa śluzoworopna wydzielina okazała się zupełnie jałową. Chory miał być badany przed kilku tygodniami metalowym zgłębnikiem z powodu przypuszczenia kamieni pęcherza. W obydwu przypadkach nie można było prawie zupełnie wykazać jodofilii leukocytów. W pierwszym przypadku, w którym ropa zawierała gronkowce, można było dostrzedz tu i ówdzie jodofilię zewnątrzkomórkową, w drugim zaś w wielokrotnie badanych preparatach znajdowały się tylko jodofilne nabłonki.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Nowe czasopismo lekarskie polskie zaczęło wychodzić z d. 1. października 1916 w Kijowie. Założyli je wspólnemi siłami lekarze Polacy, stale zamieszkali w Kijowie, (gdzie zasłużone Towarzystwo lekarskie polskie jest od lat szeregu ogniskiem żywej, a poważnej pracy naukowej), jakoteż w głębi Rosyi, oraz lekarze z Galicyi i Królestwa, których losy wojenne zapędziły poniewolnie nad Dniepr: doktorzy Antoniewicz, Bolewski, docent Bylina, Hartmann, Januszkiewicz, Knothe, Łążyński, Makowski, Modrzewski, Nowiński, Pękosławski, Pietkiewicz, Polański, Rumszewicz, Ruszkowski, Trzebiński, Uziembło, Weller z Kijowa, Bogucki z Saratowa, Gawłowski z Moskwy, Hoehne z gu-

bernii permskiej, Lisowski z Humania, Makowski z Berdyczowa, prof. Orłowski z Kazania, Skrzywan z Odessy, Tarnawski ze Sławuty, prof. Żebrowski z Charkowa, oraz Kossak z Radomia, Dr Aug. Jaworski, Leszczyński, docent Piasecki, docent Szumowski i Wyhowski z Galicyi. Redaktorem czasopisma, noszącego tytuł »Polski Miesięcznik lekarski«, jest doc. Dr Szumowski, wydawcą Dr Trzebiński, a do komitetu redakcyjnego należą prócz nich Dr Łążyński, Modrzewski, docent Piasecki, Rumszewicz.

Na czele pierwszego zeszytu tłómaczą wydawcy i redakcya genezę pisma i określają jego zadania. Linia bojowa odcięła od kraju i od wszystkich polskich czasopism lekarskich około tysiąca lekarzy Polaków, bądź jeszcze przed wojną osiadłych na Wołyniu, Podolu, Ukrainie i w Rosyi, bądź w czasie wojny tam wypartych, odcięła oba polskie Towarzystwa lekarskie, oraz około tysiąca polskiej młodzieży, studyującej medycynę. W gronie tych lekarzy jest kilkunastu profesorów i docentów. Ci wszyscy do polskich pism lekarskich przywykli, albo nawet innych nie czytywali i od trzech lat są ich pozbawieni. Założyciele pisma uznają w zupełności, że tworzenie nowych czasopism jest w naszych warunkach w czasach zwykłych marnotrawstwem środków i rozpraszaniem sił; ale w zamęcie wojennym, chcąc uchronić tak dużą część lekarzy polskich od nadmiaru wpływów obcych lub od zastoju, gdy nauki lekarskie ciągle idą naprzód, należało »wyżłobić nowe łożysko rodzimej kultury, do któregoby ściekały z niezmierzonej przestrzeni polskie strumyki myśli lekarskiej i któreby ożywiło rodzime ziarna i rodzime kiełki, usychające tak łatwo bez pielęgnowania«. Co z nowem czasopismem stanie się po wojnie, tego dziś ani układać, ani przewidywać nie można.

Nie zaniedbując prac oryginalnych, które — jak z powyższego wynika — także po tamtej stronie linii bojowej jest komu pisać i jest dla kogo ogłaszać, zamierza »Polski Miesięcznik lekarski« główny nacisk położyć na prace sprawozdawcze i krytyczne; prócz tego na »dziedzinę, niesłychanie ważną.... wszystkie tematy, związane z ustrojem sanitarnym przyszłej Polski«, bo »zbieranie zawczasu materyałów da kiedyś możność wolnemu narodowi urządzić sobie Ojczyznę tak, jak tego wymagać będą potrzeby kraju«.

Słowo wstępne kończy się myślą, biegnącą poprzez szeregi bojowe do kraju: »Jeśli w obecnym huraganie dziejowym uda się przeciągnąć nić koleżeńską, to niech idzie po niej stąd pozdrowienie dla starszych braci i sióstr«.

Chwytamy tę nić, rzuconą ku nam, a snutą z jednego, wspólnego nam zawsze i wszędzie wątku; przyjmując pozdrowienia, witamy z radością hasła, pod jakiemi skupiają się do pracy na niwie rodzimej nauki polscy lekarze, od kraju — oby nie na długo — oderwani, a pracy tej życzymy rychłych i pożytecznych plonów dla dobra wspólnej Macierzy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 10. I. 1917 posiedzenie, na którem Zarząd Towarzystwa złożył sprawozdanie za r. 1916, poczem Prof. Piltz przedstawił szereg nader ciekawych przypadków ze swej kliniki. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg i Oszacki. — Następne posiedzenie Towarzystwa odbędzie się w d. 24. stycznia b. r.

— Ruchliwe Koło nowotarskie walki z gruźlicą, którego duszą jest st. lekarz powiatowy, Dr Janikiewicz, zorganizowało wykłady o gruźlicy w Zakopanem. Pierwszy wykład p. t. »Społeczna walka z gruźlicą w Europie na podstawie własnych spostrzeżeń« wygłosił Dr Antoni Kuczewski d. 7. I. 1917.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1917 swym prezesem Dr Maryana Jakowskiego, wiceprezesem Dr Stanisława Orłowskiego, sekretarzem dorocznym Dr Kazimierza Oczesalskiego.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała Sekcya szpitalna pod przewodnictwem Dr B. Sawickiego.

— Stowarzyszenie lekarzy polskich, odzyskawszy prawa, jakie mu przed 10 laty odjął rząd rosyjski, przywróciło dawną ustawę. Do Zarządu na r. 1917 zostali wybrani Dr Bączkiewicz, Gepner, Jaworski, Kijewski, Kopeć, Łapiński, Podkóliński, Przyborowski, Reutt, Sawicki, Szymański, Szumlański.

Z różnych stron. W pierwszym czteroarkuszowym zeszycie »Polskiego Miesięcznika lekarskiego«, wydawanego w Kijowie, oprócz artykułów oryginalnych doc. Szumowskiego, Dr Leszczyńskiego i Dr Kramsztyka, znajdują się oceny dzieł francuskich, rosyjskich i wydanej w Kijowie broszury doc. Piaseckiego: »Zabawy i gry ruchowe«, obfity dział streszczeń z piśmiennictwa lekarskiego krajów koalicyi, a potrosze i niemieckiego, protokół polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie z września 1916, sprawozdania Sekcyi sanitarnych polskich »Towarzystw pomocy ofiarom wojny« w Kijowie i Charkowie, wreszcie kronika. W kronice tej znajduje się między innemi wiadomość o zorganizowaniu polskich kursów sanitarnych dla SS. Miłosierdzia w Kijowie, o koloniach letnich dla dzieci polskich w Kijowie, których pomieszczono w koloniach przeszło 600, oddając kierownictwo kolonii doc. Dr Piaseckiemu, a wreszcie o wysłaniu w początkach lipca przez — Zachodni Wszechrosyjski Związek ziemstw ruchomego oddziału epidemicznego dla t. zw. »polskiej brygady strzeleckiej«.

Zmarli. Dr Bolesław Kownacki, z duru plamistego w Glinianach, Dr Leon Rutkowski, znany z prac antropologicznych, zasłużony działacz społeczny, w 46. r. ż. w Płońsku.

Redakcya otrzymała: Janiszewski: Polskie ministerstwo zdrowia publicznego. Kraków 1917. Nakładem własnym. Stron 27. — Grabczak: Miejskie ambulatoryum dentystyczne dla ubogich dzieci szkolnych w Krakowie. Kraków 1916. Nakładem gminy m. Krakowa.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.